

Libro Pediatría en Red 4

Comp. Juan A. Reichenbach

LA RED PEDIÁTRICA Y LA RED SaNNA

Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara. Ministerio de Salud PBA

Año de edición: 2022

<https://drive.google.com/file/d/1gNal8xSGJ6Xd0TO5O5GOx3d1V8W1DWxg/view?usp=sharing>

Capítulo (pp.621-633)

Cuidados y atención a la salud infantil en cárceles.

Diego Burgos, M. Susana Ortale, Mariel Reichenbach

Introducción

Este capítulo tiene como objetivo describir las peculiaridades que involucran los cuidados y la atención a la salud de niñas y niños que conviven con sus madres en prisión. Alrededor de ello, debatiremos sobre la promoción y protección de derechos.

En esa dirección repasaremos en primer lugar, el encuadre legal e institucional de la población sobre la que predicaremos. En segundo lugar, se expondrán los problemas, alcances, logros y desafíos que se plantean al trabajo de atención pediátrica, destacando especialmente el atravesamiento de factores legales e institucionales en el proceso de atención. No será desarrollado por problemas de espacio, pero es importante decir que dicho atravesamiento extrema la tensión estructurante que subyace a la práctica de la biomedicina (1) que aún la competencia, asociada al saber científico, a los conocimientos y habilidades médicas y los cuidados, asociados al sentir, aquello referido a los aspectos personales, subjetivos, afectivos, del quehacer médico.

Finalmente, referiremos a la apreciación de las madres sobre la atención a la salud de sus hijos e hijas convivientes, sobre los cuidados que ellas y los pediatras les dispensan y sobre las preocupaciones que manifiestan con relación a los mismos.

La información que expondremos surge del entrecruzamiento de experiencias de trabajo en la Unidad Penitenciaria N° 33 de Los Hornos (La Plata, Pcia. de Buenos Aires), llevadas a cabo a partir de funciones, inserciones institucionales y objetivos diferentes. Por un lado, desde el recorrido de un pediatra que trabajó en dicha Unidad durante más de 10 años, desde 2007 hasta 2017. Por otro, desde experiencias de investigación socioantropológicas, realizadas entre los años 2016 y 2018, dirigidas a indagar sobre la maternidad, la crianza, el crecimiento y el desarrollo infantil (2), recuperando las percepciones de las madres¹.

Marco legal y contexto institucional

En la Argentina, la legislación permite a las madres presas convivir con sus hijos/as hasta los 4 años de edad (Ley N° 24.660 del año 1996). En línea con ella, la Ley de Ejecución Penal Bonaerense 12.256 del año 1999, en sus artículos 16, 17 y 18, refiere a la atención del embarazo y parto, a la protección de la lactancia y de la relación materno infantil. Para ello, se propone el funcionamiento de un Consejo Asistido (integrado por pediatras, psicólogos, trabajadores sociales y docentes), quienes se ocuparán de estructurar los canales que brinden un ambiente que satisfaga las necesidades de niños y niñas. Si bien la decisión sobre la permanencia de los niños y niñas en las cárceles recae sobre las madres, los diversos motivos por los cuales las mujeres «deciden» hacerlo, queda soslayada. La problemática

¹ Realizadas en el marco de un convenio entre la Secretaría de Derechos Humanos de la Pcia. de Buenos Aires y el Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil (CEREN/CIC-PBA 2016-2017) y de una beca CIC-PBA (2017-2018).

derivada de la falta de contención de los niños/as por parte de familiares u otros actores, se resuelve a través de la privación de su libertad, argumentando que el contacto con la madre en los primeros años resulta fundamental para el desarrollo infantil (3, 4). No obstante, y a la vez, desde hace casi dos décadas se reconoce que el principal problema a atender en las cárceles de mujeres es la presencia de niñas y niños (5).

Las poblaciones que las mismas albergan, están sujetas a las condiciones de las “instituciones totales” (6), caracterizadas por la presencia de barreras físicas, espaciales, temporales, sociales, afectivas, sensoriales, constituyendo incuestionablemente una situación que conculca los derechos y el “interés superior” del niño². La regularidad y monotonía de los estímulos y las interacciones restringidas principalmente a las relaciones intramuros, a las que se añaden formas y dosis variables de violencia, limitan el desarrollo, retrasan los aprendizajes y cercenan su socialización y su vida afectiva. La falta de libertad afecta significativamente la subjetividad y el bienestar de los niños y niñas más allá del empeño de las madres o de los servicios asistenciales que ofrece la prisión.

Nuestra Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (NNyA) 26.061/05, en el artículo 17, prevé que «la mujer privada de su libertad será especialmente asistida durante el embarazo y el parto, y se le proveerán los medios materiales para la crianza adecuada de su hijo/a mientras permanezca en el medio carcelario, facilitándose la comunicación con su familia a efectos de propiciar su integración a ella». Asimismo, la Ley Provincial de Promoción y Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes N° 13.298 parte de 3 principios básicos: 1) La corresponsabilidad. Todas las personas, organismos, entidades y servicios que forman parte de los efectores del Sistema de Promoción y Protección (SPP) -hospitales, escuelas, organismos de niñez, familias, personas vecinas, referentes comunitarios- tienen que realizar acciones para proteger los derechos de los NNyA. 2) El Interés superior del Niño (la máxima y prioritaria satisfacción de todos los derechos de los NNyA). Cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de un NNyA y otros derechos e intereses, prevalecerán los primeros. 3) La atención prioritaria. Los NNyA tienen preferencia en la atención de todos los organismos, servicios y entidades públicas y privadas que integran el SPP. En su Artículo 31.2 (Revisión de modelos y prácticas institucionales) enuncia que toda institución que desarrolle programas de atención a los niños bajo la modalidad convivencial y/o internativa deberá efectuar una revisión de los modelos y prácticas institucionales, adecuados a los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño.

La dificultad de conjugar el derecho de los niños a no ser separados de sus madres y el derecho a crecer en libertad y en un ambiente que permita desarrollarse física, mental y socialmente en forma saludable, encuentra en la prisión de las madres su mayor punto de contradicción.

Nos adentraremos pues, en el microcosmos de una institución disciplinaria, de encierro punitivo, en un espacio caracterizado por relaciones de dominación y de control biopolítico (7), ligado a un sistema de premios y castigos, por el desprestigio simbólico y la estigmatización territorial, por la apatía burocrática e ineptitud administrativa (8).

Ahora bien, en este escenario ¿Qué puede hacer un pediatra? ¿Cuál es el alcance de sus intervenciones? ¿En qué sentido y cómo promueve la salud? ¿Cómo las perciben, valoran y ponen en práctica las madres?

Caracterización del campo de estudio

Con base en estos reconocimientos y en estas preguntas, presentamos resultados y reflexiones de un trabajo llevado a cabo en 2016-2017 en la Unidad Penitenciaria N° 33 de Los Hornos (La Plata, Buenos

² Se entiende por interés superior del niño la máxima satisfacción integral y simultánea de sus derechos en un marco de libertad, respeto y dignidad, para lograr el desenvolvimiento de sus potencialidades, y el despliegue integral y armónico de su personalidad. (...) En aplicación del principio del interés superior del niño, cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de todos los niños, frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros (Art 4 Ley 13298); Art 7 (Ley 13298) Garantía de prioridad a cargo del Estado que comprende, entre otras: Prevalencia en la exigibilidad de su protección jurídica, cuando sus derechos colisionen con intereses de los mayores de edad, o de las personas públicas o privadas.

Aires, Argentina). Los objetivos de dicho trabajo fueron -entre otros- conocer y analizar la crianza en tal contexto, recuperando las experiencias y percepciones de sus madres (10) y de otros agentes que intervienen en el cuidado de los niños/as dentro del penal, uno de ellos era el pediatra del servicio de salud del penal, coautor de este capítulo.

Antes de ello, diremos que en este penal, al momento del estudio, se alojaban 246 mujeres en los once pabellones con los que cuenta el establecimiento penitenciario. De ellos, cinco (distribuidos en tres módulos distintos) estaban destinados exclusivamente a mujeres madres con sus hijos e hijas y a embarazadas, donde se alojaban 65 mujeres y 46 niños y niñas.

El penal disponía de una plaza de uso común, un espacio para visitas, un salón de usos múltiples, escuela (primaria, secundaria, terciaria y universitaria), biblioteca y servicio médico permanente. Cada pabellón, de dos plantas, contenía en la parte superior un conjunto de celdas que alojaban a las internas con sus hijos e hijas. La planta inferior estaba compuesta por un espacio común que disponía de un baño, cocina, comedor y estar, lindero a un puesto de vigilancia que controlaba simultáneamente dos pabellones.

Los pabellones no fueron diseñados ediliciamente para alojar niños y niñas, por lo que se implementaron ciertas medidas que los diferenciaban de aquellos que albergaban sólo a mujeres; por ejemplo, las celdas de los pabellones de las madres y embarazadas permanecían abiertas.

Los cinco pabellones que alojaban a las madres con sus hijos e hijas y las embarazadas tenían acceso a un patio interno desde las 8 hs. hasta las 18.30 hs.. Ahí podían permanecer con sus hijos, hijas y compañeras de pabellón, compartiendo actividades al aire libre. Sin embargo, el escaso uso de este espacio podría vincularse con la insuficiente infraestructura y la restringida y desigual disponibilidad de juegos infantiles en los patios internos de los pabellones (9, 10).

Por su parte, la plaza, ubicada fuera de los pabellones, constituía un espacio verde abierto de 8 hs. a 13 hs. y de 16 hs. a 17 hs., con diferentes juegos infantiles para la recreación de las madres y sus hijos e hijas, no así para las embarazadas, para quienes el acceso estaba vedado.

Las celdas disponían de una cama para las mujeres, pero en muchos casos no tenían cuna o cama para sus hijos e hijas, según lo expresado por varias de ellas. En su mayoría, los niños y niñas compartían la cama con sus madres para dormir; otros lo hacían a veces, y fueron pocos los casos que indicaron que nunca lo hacían. En las celdas también disponían de lavamanos e inodoro, aunque algunas indicaron que se trataba de una letrina, manifestando también las inadecuadas condiciones de los sanitarios: «el inodoro está tapado, no anda la descarga». La mayoría de las celdas de las mujeres tenía calefacción, otras carecían de ella por falta de reparación. No obstante, la rotura de los vidrios de algunas ventanas las exponía al frío por largos períodos. Frío y humedad constituían el clima habitual durante gran parte del año, lo que explicaba la persistente incidencia de enfermedades bronquiales en los niños y niñas.

No todas las madres contaban en sus celdas con el equipamiento que podría brindar mayor comodidad. Así, por ejemplo, algunas no disponían de una mesa y más de la mitad no tenía una silla. Solo unas pocas contaban con un mueble para guardar sus pertenencias y las de sus hijos o hijas; otras disponían a tal efecto de un estante. El baño del pabellón, compartido por las mujeres para la higiene personal, habitualmente tenía agua caliente en la ducha. Con relación a la cocina, la institución ofrecía, además de alimentos (insuficientes y poco variados), algunos utensilios básicos a los que necesariamente debían sumarse los aportados por familiares, otras personas u organizaciones no gubernamentales (ONG) que oficiaban de «padrinos» o «madrinas» de las mujeres presas y/o de sus hijos/as.

La mayoría de las mujeres planteó que la presencia de cucarachas, moscas y mosquitos era frecuente en verano. En menor proporción, indicaron que por períodos se registraban invasiones de ratas en los patios y pabellones. La mitad de las mujeres carecía de productos específicos para su control y la mayoría nunca había presenciado en el penal tareas de desinfección.

El penal aseguraba la provisión de lavandina y detergente para la higiene de celdas y pabellones, utilizados en general para la limpieza de los espacios comunes. Esos productos, pero de mejor calidad, también eran facilitados por familiares en las visitas y se usaban para la limpieza de las celdas.

¿Cómo interviene el servicio de salud y sus agentes sobre estas condiciones, además de otras vinculares e intersubjetivas que, como comentaremos más adelante, afectan la salud de los niños y niñas?

Atención de salud y promoción de derechos.

La experiencia que describiremos, microscópica dentro del amplio sistema de la salud penitenciaria, refleja el atravesamiento de decisiones judiciales, políticas e institucionales diversas, algunas con una mirada crítica del sistema penal, que han incidido significativamente en el funcionamiento del servicio de sanidad, con efectos en la salud de los niños y niñas.

Sabemos que el trabajo médico asistencial es una actividad saturada de procesos sociales, económicos e institucionales. Gran parte de la actividad médica es trabajo rutinizado, organizado por pautas administrativas y por normas que condicionan la atención y su objeto: la salud. Ahora bien, la atención y la salud no dependen exclusivamente de la disponibilidad de recursos y de la eficacia biomédica. Es posible identificar las funciones y la eficacia de la intervención médica prescindiendo de equipamiento técnico y de herramientas específicas. Y esas funciones fueron elocuentes en el bienestar infantil de los niños y niñas alojados en el penal.

Dentro del sistema penitenciario bonaerense, la problemática de salud infantil comenzó a tomar visibilidad relativa a partir de la ley de Promoción y Protección de Derechos de NNyA. En los inicios de su implementación, los organismos gubernamentales que tenían que defender sus derechos estuvieron ausentes. Los efectos de la institución cerrada en los niños no constituían un tema de agenda y en la Unidad 33 imperaba desconocimiento sobre la aplicación de la nueva ley.

Es de la mano de la pediatría que ingresa este marco legal y el desarrollo de herramientas dirigidas a establecer diagnósticos y propuestas teniendo como norte acciones integrales para el niño, la madre y su familia.

Es así que la primera etapa se inició con la elaboración de diagnósticos de situación de problemas de salud, de articulaciones con instituciones de salud extramuros, de protocolos de atención y monitoreo, de vacunación, protocolos de seguimiento en crecimiento y desarrollo, tareas que se afianzaron en el transcurso de tres años. La realización de diagnósticos, la confección de estadísticas, la realización de inspecciones en los pabellones, la elaboración de documentos e informes sobre la situación de salud de NyN y embarazadas y su presentación en órganos jurisdiccionales con competencia en materia de derechos humanos (como el Ministerio Público y diversos organismos del poder ejecutivo), pusieron en evidencia que las herramientas y recursos eran insuficientes para resolver las problemáticas con las que se enfrentaba el servicio de pediatría. A partir de esta constatación, comienza el desarrollo de un entramado de trabajo interdisciplinario e interinstitucional, con actores de diferentes poderes estatales, comprometido con la meta de garantizar a los niños y niñas que viven en contextos de encierro, los derechos reconocidos en la normativa nacional e internacional de derechos humanos. Este espacio, denominado Mesa Restaurativa, se institucionalizó en mayo de 2012, gracias a su reconocimiento por parte de la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Pcia. de Buenos Aires. En efecto, desde la Procuración, se dispuso la creación de un dispositivo con asiento en la Unidad Nº 33 de Los Hornos, en el que confluían las tareas mancomunadas -iniciadas en 2011-, entre el Departamento de Derechos Humanos, Política Penitenciaria y Denuncias de la Procuración General, las Asesorías de Menores e Incapaces del Departamento Judicial de La Plata y la Dirección Provincial de Protección y Promoción de los Derechos del Niño, representante en la Unidad del organismo de Niñez y referente del Servicio Zonal La Plata.

Con la creación de la Mesa Restaurativa, se amplió la visualización de las problemáticas de los niños y niñas y la búsqueda de soluciones que trascendieran a aquellas que podían darse dentro del penal, resonando iniciativas que aludían a la construcción del “complejo casa para las madres” y a la prisión domiciliaria.

Asimismo, alrededor de ese espacio se promovieron acciones educativas en los pabellones, por medio de charlas y talleres con madres. El “estar ahí” compartiendo el espacio natural en el que transcurría la vida de las mujeres y sus hijos/as acentuó el imperativo de disminuir la cantidad de niños en situación de encierro, buscando opciones en diferentes lugares, sugiriendo y alentando medidas que resultaran

menos deletéreas. En tal sentido, un hito fundamental fue la resolución del Juzgado de Ejecución Penal N°1 (25/11/2015) del hábeas corpus colectivo a favor de las mujeres madres con niños y mujeres embarazadas alojadas en la Unidad N°33 de Los Hornos³. La medida cautelar que se debió adoptar a raíz de ese fallo, “teniendo en cuenta la urgencia del caso y la grave afectación de los derechos vulnerado” fue la prisión domiciliaria.

Luego de 8 años de trabajo, una resolución judicial pudo expresar y avanzar en la solución de una problemática que se venía observando en la Mesa Restaurativa. Ello redundó en la disminución de la población de niños y madres en la unidad, dato sustantivo aunque soslayado hasta entonces con relación a la salud infantil.

El Servicio Penitenciario Bonaerense no contemplaba la disponibilidad de cupos para niños/as. A partir de 2009, se comienza a prestar atención a ello: se requería información de los cupos disponibles y requisitos de ingreso de los niños para evitar el hacinamiento. No obstante, la manera de resolver tal ecuación, atendiendo al incremento de población materno-infantil objeto de encierro, consistía en el traslado de las madres con sus hijos a otras unidades carcelarias.

En efecto, una de las primeras preguntas realizadas desde la pediatría estuvo vinculada a la cantidad de niños/as convivientes existentes, al espacio que los albergaba y a las posibilidades del mismo de asegurar su bienestar. Esas preguntas no habían sido formuladas, por lo que una de las tareas fue buscar la respuesta. La reconstrucción de la información, junto al personal del Consejo Asistido, permitió obtener una aproximación cuya tendencia mostraba un incremento sostenido desde 2001 (40 niños), incrementándose un 50% 5 años después (60 niños en 2006) y el mismo incremento en un período menor (90 niños en 2009), manteniéndose con cierta estabilidad hasta el mencionado hábeas corpus. Cabe decir que se trata de una población muy dinámica debido a nuevos nacimientos, salidas definitivas o niños que se encuentran con salidas provisorias por períodos de distinta duración.

Respecto a las edades, y a pesar del dinamismo de la población infantil alojada, las estadísticas de los diferentes años informan que, en promedio, los menores de un año representaban el 50% , el 25% tenía de 1 a 2 años 2 y más de 2 años el 25% restante.

Funcionamiento del servicio de sanidad penitenciaria y atención pediátrica

Cada una de las unidades carcelarias tiene un servicio de sanidad que depende de la Dirección de Salud Penitenciaria (dentro de la Subsecretaría de Política Penitenciaria del Ministerio de Justicia de la Pcia. de Buenos Aires). Según el decreto 950/05, los servicios de atención a la salud trabajan en articulación con el Servicio Penitenciario y el Ministerio de Salud provincial. Su misión es la prevención de enfermedades, la promoción, atención, tratamiento y rehabilitación de la salud brindando servicios médicos integrales en los establecimientos carcelarios.

En 2007, formaban parte del equipo de sanidad médicos clínicos, obstétricas, enfermeros con atención diaria de 24 hs., pediatras con atención diaria con diferentes horarios según las necesidades. Posteriormente, informes mediante, se incorporan las especialidades de odontología pediátrica y psiquiatría infantil.

La atención brindada, se caracterizaba por la demanda espontánea de madres y niños hasta los 4 años de edad en los consultorios de sanidad, alegando razones de seguridad del personal de salud. No obstante, esta norma mostró su dinamismo y la atención en algunos periodos –por pedido de las madres y del personal de seguridad-, comenzó a realizarse en los módulos que aglutinaban distintos pabellones.

³ En diciembre de 2015, un Juez de la Provincia de Buenos Aires, dispuso el arresto domiciliario para las mujeres embarazadas y las madres que conviven con sus hijos en la Unidad 33 de Los Hornos. Esta decisión es coherente con la Ley 24.660, que indica que los jueces pueden disponer la prisión domiciliaria a las mujeres embarazadas y a las que tienen hijos menores de 5 años a su cargo. En su decisión el Juez da cuenta de las paupérrimas condiciones de detención para las mujeres y los niños: infraestructura deficiente, falta de atención sanitaria, e incluso la muerte de niños en establecimientos carcelarios. Sentencia del Juzgado de Ejecución N° 1 de San Isidro, Provincia de Buenos Aires, en la causa N° HC-12389, caratulada "Habeas corpus colectivo a favor de las mujeres madres con niños y mujeres embarazadas alojadas en la Unidad N° 33 de Los Hornos", 25 de noviembre de 2015.

En la atención a demanda espontánea, luego de sortear cuatro puertas con candado, se realizaban acciones destinadas al control del niño sano, a la promoción de la salud, a la prevención (siempre insuficiente), a la vacunación y al seguimiento de patologías agudas.

En 2014, se registraba un promedio de 400 consultas pediátricas mensuales. Cada pediatra evaluaba entre 15 a 25 niños/día. Cabe decir que el servicio contó a lo largo de tiempos cortos, con un número variable de pediatras (alcanzando un máximo de cinco) ya que una de las características del servicio era la rotación y fluctuación de su planta debido a renunciaciones, transferencias a tareas administrativas, en ocasiones debido a sentimientos de inseguridad por conflictos con las internas. También, en función de lo anterior y/o de demandas de las mujeres o del personal de seguridad, los horarios de atención eran fluctuantes, abarcando franjas de extensión dispar: de 10 a 20 hs.; de 10 a 14 hs.; de 16 a 20 hs. La desigual distribución de la atención ofrecida por los pediatras en las etapas de mayor carga de trabajo intentó resolverse a través del establecimiento de una cápita para repartir equitativamente la tarea, intento que se vio frustrado por la demanda de atención de algunos profesionales por parte de las madres.

En 2014, se logró que la atención de salud infantil se completara con la intervención de los profesionales del Consejo Asistido. Por tanto, la atención a la salud infantil quedó a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por pediatras, una psiquiatra, psicólogas, especialistas en odontopediatría, trabajadoras sociales, enfermeras, educadoras y administrativas/os.

A la vez, hacia el afuera y a través de la articulación de trabajo con el Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires, los hospitales públicos eran quienes debían resolver las interconsultas a especialistas, los diagnósticos complementarios/diferenciales, tratamiento de urgencias, cirugías, entre otras.

En síntesis, la atención que podía realizarse era análoga a la de los Centros de Atención Primaria de Salud pero en una comunidad cautiva y con la posibilidad de traslado a instituciones de salud de mayor complejidad. En la gestión de esas consultas, se ponían en juego los poderes inherentes al personal de seguridad y del sector salud. La contradicción entre las diferentes visiones -securitarias y sanitarias- afectaban de manera significativa la posibilidad de cambios para mejorar la atención y los cuidados de las madres y/o sus niños/as. La utilización del transporte y el logro de la atención requerida fuera del penal, estaba mediada por gestiones administrativas diversas, problemas en la comunicación entre las instituciones, por diferentes miradas sobre lo imperativo de la interconsulta, por rechazos, miedos y prejuicios que se entrecruzaban en la atención hospitalaria. Las iniciativas de resolverlas en los servicios de sanidad de otros penales aledaños se vieron frustradas por reticencia del personal a realizarlos, por falta de capacitación y por reparos en atender a población infantil. El equipamiento disponible, no se podía utilizar por falta de compromiso institucional, debiendo recurrir a servicios externos. Los estudios diagnósticos complementarios continuaron realizándose en los diferentes servicios de los hospitales públicos.

Antes de proseguir con la caracterización de las patologías prevalentes y su atención, ofreceremos un panorama general sobre dos aspectos básicos que hacen a la salud de los niños/as alojados en la Unidad 33. En ese camino, caracterizaremos sucintamente dos indicadores relacionados con la atención y los cuidados primarios: la alimentación y la vacunación.

La alimentación infantil en el penal

La alimentación era una problemática recurrente dentro de la institución no solo con relación a los niños sino también para el conjunto de la población carcelaria. Con respecto a la lactancia materna se observaba el arraigo de nociones ligadas a que “no lo llena”, “no lo alimenta”, “no crece”, “se queda con hambre”. Es importante señalar que la particularidad de esta población era la intermitencia de la convivencia con la madre. Los niños salían de paseo con sus familiares a edades tempranas, a veces por varios días y comenzaban a recibir leche maternizada. Sistemáticamente se fomentaba la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses pero con magros resultados. A pesar de las charlas en los talleres y en los controles de salud, eran pocas las madres que amamantaban a sus hijos/as exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses. Mayoritariamente los niños/as recibían leche materna y leche maternizada, o leche maternizada solamente; de aquí el destete temprano.

La alimentación complementaria se indicaba a los 6 meses de edad y consistía de papilla y un trozo de carne, alimentación que continuaba hasta el año no teniendo otros alimentos alternativos para agregar a la dieta.

No obstante la norma, en la mayoría de los casos la alimentación con papillas se iniciaba a edades más tempranas, a veces edades que rondaban en los 3 meses, a pesar de las sugerencias pediátricas. Esto estaba muy arraigado en las madres, sobre todo en aquellas que tenían hijos de más edad.

La comida de los niños/as, papilla u otra correspondiente a la edad, era preparada en la cocina del penal. Si bien las madres estaban impedidas legalmente de cocinar en los pabellones, lo hacían de todas formas con alimentos, previamente requisados, provistos por familiares o que la propia institución les brindaba. En este último caso, la institución atendía situaciones que requerían una dieta especial (sea por diarrea o por exceso de peso).

Por lo expuesto, no es difícil imaginar la demanda de dietas especiales: dicha demanda constituía una estrategia dirigida a diversificar la alimentación de los niños/as, supliendo la carencia y la monotonía que correspondía a quienes estaban sanos. Esta constatación llevó a realizar propuestas para mejorar las comidas, que se llevaron a cabo parcialmente y de manera discontinua por la falta de recursos.

En 2009, los/as pediatras solicitaron información sobre las pautas de manipulación de alimentos e higiene de los mismos dentro de la cocina y también evaluar la potabilidad del agua, a partir de lo cual se comenzó el control de su cloración y se realizaron capacitaciones sobre higiene y manipulación de alimentos.

Sobre la cobertura de vacunación

Hasta 2007, la falta de información sobre la vacunación de los niños/as estaba en línea con la falta de información en general sobre la situación de salud de niños y niñas. El primer diagnóstico realizado ese año arrojó que el 40% de los niños/as contaba con el esquema de vacunación completo (en ese momento 75 niños). La Unidad no disponía de personal capacitado en vacunación, no disponía de heladera ni de vacunas. La vacunación debía realizarse ya sea en los CAPS o en hospitales, lo que desencadenaba la necesidad de traslados, de coordinación, de personal, de transporte, etc., reservados la mayoría de las veces para las urgencias o las interconsultas.

Pivoteando en argumentos de costo beneficio y de aprovechamiento de los recursos humanos disponibles, se propone la vacunación de los niños dentro del penal.

Los objetivos generales que se propusieron y transmitieron enfáticamente a las autoridades fueron: disminuir la morbi mortalidad infantil, mejorando la calidad de vida de madres y niños; lograr la optimización de los recursos en salud y seguridad; dar cumplimiento institucional a los derechos del niño.

Esos objetivos se tradujeron operativamente en las siguientes metas: lograr una cobertura mayor al 90% en los niños, disminuir las salidas extramuros, simplificar esa tarea de APS.

En 2009 se inicia la capacitación del personal de enfermería a través del Proyecto Vacunación de Niños en situación de encierro presentado a la Dirección de Salud penitenciaria, desarrollándose ese año la capacitación teórica que continuó en 2010 con el entrenamiento práctico. Este proyecto se basó en el enfoque que abre la Convención de los Derechos del Niño, que a la vez que lo reconoce como un sujeto de derecho, establece como responsables de su cumplimiento a adultos, familias e instituciones. Este proyecto también incluyó la solicitud de materiales y recursos para uso exclusivo de vacunas, de dosis de vacunas incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación; pedido de Libreta Sanitaria Materno-Infantil (LSMI) para su llenado y entrega a las madres, entre los más importantes. Se elaboraron a partir de ello planillas de vacunación individualizadas y otras generales para el control del stock de vacunas. El curso de capacitación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) favoreció la consolidación de estadísticas y la identificación de las problemáticas a resolver. Así por ejemplo, se incorporaron vacunas en ese entonces fuera del calendario nacional de vacunación (vacunas antineumocóccicas, antimeningocóccicas, antivariola) necesarias debido a los factores de riesgo de la población en situación de encierro.

En 2010, el comienzo de la vacunación con el personal profesional capacitado se realizó en los pabellones. Ello fue precedido de talleres y charlas con las madres poniendo énfasis en la importancia

de la vacunación, con muy buena recepción por parte de las mismas. Se identificó que en más del 90%, las madres tenían en claro el concepto de prevención y la importancia del calendario de vacunación completo, pero desconocían los factores de riesgo para la aparición de determinadas enfermedades que se asociaban a una comunidad cerrada.

Como resultado de ese proceso de vacunación en los pabellones, el 92% de los niños/as (N=74) tuvieron el esquema de vacunación completo. Tres tenían vacunación incompleta (por indicación médica y uno por haber salido de paseo) y otros 3 no tenían la certificación.

Estos resultados, en la tercera etapa del proyecto (2010-2011), fueron presentados a las autoridades competentes.

A partir de entonces, semestralmente el servicio de sanidad hacía el control sobre la cobertura y, cuando se identificaban bajas significativas, se vacunaba en los pabellones.

Veremos a continuación cómo se fueron desarrollando otras tareas dirigidas al control de la salud y a la atención de enfermedades.

¿Cómo se llevaban a cabo los controles de salud y qué patologías atendían los pediatras dentro del penal?

Hasta 2008 no había una historia clínica estandarizada ni protocolos de seguimiento. A partir de ese año comienza a desarrollarse la propuesta de implementar una historia clínica integral en donde las diferentes especialistas en la atención de los niños debían volcar sus observaciones. En la misma confluían odontología pediátrica, psiquiatría infantil, fonoaudiología y psicopedagogía, además de información sobre antecedentes perinatólogicos de importancia, herramienta que se consolidó en 2013 y que permitió disponer de las evaluaciones realizadas por las distintas áreas con competencia en la salud infantil.

Así, a partir de 2008, desde la atención pediátrica se acuerda en aplicar normativas para los controles de salud, cuyo resultado debía volcarse en esa HC integral: del examen físico, indicaciones sobre la alimentación que el niño debía recibir, estudios complementarios, vacunación, solicitud de interconsultas, entre otras. Con relación a la periodicidad, se estableció que el segundo control de un recién nacido debía realizarse a los 7 a 10 días del nacimiento y un tercero al mes de vida. Luego, se realizarían mensualmente hasta el año; a partir del año cada 2 meses y desde los 2 años cada 4 meses hasta el final de su estadía.

En el caso de los recién nacidos, se solicitaba también el diagnóstico de problemas congénitos del metabolismo, otoemisiones acústicas y fondo de ojo.

Al tercer o cuarto mes: se solicitaba radiografía de cadera, al cuadro-quinto mes se indicaba sulfato ferroso para la prevención de anemia ferropénica (hasta cumplir 12 a 18 meses). Al quinto-sexto mes se solicitaba serología y hemograma de control, HIV, HPB, HPC, toxoplasmosis, chagas, VDRL, de acuerdo con antecedentes y serologías maternas si la hubiera. En caso de no poseer estos datos se solicitaba serología a cualquier edad de ingreso.

Para hacer cumplir este protocolo de control de salud, se necesitaban muchas salidas extramuros, la unidad no contaba con laboratorio ni radiología por lo tanto el 40% de las salidas estaban destinadas a estos servicios. Ello dependía de la coordinación con los servicios de los hospitales a través de turnos programados y con el personal de seguridad ya que cada salida requería del transporte y de al menos dos personas de seguridad del servicio por cada madre que salía con su hijo/a. Por ejemplo: los controles de salud en los 6 primeros meses de vida involucraban 3 salidas promedio: control oftalmológico, otoemisiones acústicas, laboratorio y radiografía de cadera. En el caso de niños con patologías complejas, esa frecuencia se incrementaba significativamente (hasta 6 salidas en un mes). De los pedidos de interconsulta realizados en dos meses de 2009 para 90 niños/as, el 67% logró concretarse.

No obstante las dificultades, en 2013 el cumplimiento de este protocolo era un hecho concreto y los niños tenían los controles de salud requeridos, la vacunación completa y la posibilidad de tratamiento. El contraste entre la situación inicial identificada en 2008 y la presente en 2013 fue notoria. Se logró la atención, con diagnósticos oportunos de: displasia de cadera, talasemia, infecciones perinatales,

entre las más importantes y el seguimiento y tratamiento de niños con patologías complejas (parálisis cerebral, síndromes genéticos, malformaciones).

Ahora bien, en general, las patologías más importantes no escapaban a las de la población que se hallaba extramuros pero presentaban características epidemiológicas propias de una comunidad cerrada. Por tanto, se trataba de una población con riesgo incrementado de adquirir estas enfermedades: patologías respiratorias agudas en invierno y gastrointestinales en verano.

Para 2010, el 50% de la población infantil padecía patología respiratoria alta y baja. De ese porcentaje, casi la mitad correspondía a bronquiolitis y cuadros bronco-obstructivos, siendo estos últimos recurrentes en el 17% (incluyendo a niños y niñas con tratamiento de base con corticoides en aerosol). Respecto de las patologías gastrointestinales, la transmisión estaba favorecida por el contacto personal y la contaminación del medio (gran proporción de niños con pañales o que requerían ayuda para utilizar el baño ligado a prácticas de higiene individual y colectivas deficitarias).

A pesar del incremento de casos de diarrea en época estival (entre el 30 y el 40 %), las diarreas eran comunes a lo largo de todo el año.

Alrededor de estas patologías se trabajó para incidir en la prevención, a través del lavado de manos, la higiene del medio en general, la creación de áreas específicas para el cambio de pañales, la disposición de baños para niños, controles del agua para conocer su potabilidad y capacitar sobre la manipulación adecuada de alimentos.

Así, se realizaron talleres con las madres, trabajando con la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la UNLP, quienes desarrollaron un curso de manipulación de alimentos dirigido a toda la población del penal. Por su parte, el sector de sanidad estuvo a cargo de los controles del agua y el mantenimiento de la cloración del agua a cargo del sector de seguridad.

Cabe decir también que la anemia ferropénica en lactantes, de acuerdo al estudio de laboratorio realizado, rondaba en el 50% (Hgb < 11mg%).

A la vez, en ese mismo período sobre un lapso de 6 meses, se encontró una elevada incidencia de patologías infecciosas perinatales, arrojando sobre un total de 18 nacimientos, un 39% con HIV y sífilis. Esta situación, relacionada al incremento de relaciones sexuales intracarcelarias, insuficientes controles de salud sexual, la falta de concientización sobre la importancia de los métodos anticonceptivos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la planificación familiar, se acompañaba de la ausencia de penicilina para el tratamiento. El déficit de medicamentos esenciales imperante en 2009-2010 se revirtió de la mano del Plan Remediar⁴, el que contribuyó significativamente a resolver este déficit, permitiendo el tratamiento oportuno.

Patologías de difícil tratamiento dentro de la unidad

Entre los años 2011 -2013 se habían diagnosticado niños con patologías complejas: síndrome de down, cardiopatía congénita operada, complejo esclerosis tuberosa, secuelas pulmonar post viral, parálisis cerebral, síndrome de Angelman, hipogammaglobulinemia transitoria, pie bot operado, HIV positiva, convulsión febril compleja, fisura de labio alvéolo-palatina completa operado, diarrea crónica en estudio, exposición perinatal al HIV, recién nacidos con sífilis congénita.

Estos casos demandaban salidas para los controles por parte de diferentes especialidades y realización de estudios complementarios. La gestión de estas consultas resultó una tarea casi insostenible por el tiempo y la cantidad de personal requerido y por las dificultades para la coordinación de salidas frecuentes.

En algunos niños y niñas, por su patología de base, se debía tramitar el certificado único de discapacidad además del tratamiento en rehabilitación (terapia ocupacional, kinesiología respiratoria,

⁴ El Plan Remediar, componente del Programa de Reforma de Atención Primaria de la Salud, depende del Ministerio de Salud de la Nación. El mismo fue creado en el año 2002, en respuesta a una drástica disminución en el acceso a medicamentos esenciales. Se dirigió a descomprimir la demanda de atención en los hospitales públicos. Dichos medicamentos son provistos a la red de Atención Primaria a fin de reactivar la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud, contribuyendo a garantizar el derecho al acceso y cobertura de medicamentos.

etc.) que requerían salidas extramuros. La tramitación del certificado único de discapacidad (CUD)⁵, finalmente se logró en todos los casos. La obtención de obra social de quienes tenían el CUD no se pudo lograr en ese momento pero con el tiempo se revirtió, ampliando las posibilidades de atención. Otro conjunto de salidas relacionadas con la atención extramuros, en general el Hospital de Niños de La Plata, se relacionaba con la necesidad de diagnósticos complementarios que sirvieran para contrastar con la observación clínica del pediatra. Así por ejemplo, en 2009 (mayo a octubre), de los 58 niños y niñas que requirieron ingresar por guardia, 40 requirieron internación, siendo el promedio de la estadía hospitalaria de 5 días. Los meses de mayor número de internaciones fueron junio y agosto, coincidiendo con la demanda de la población en el medio libre.

¿Qué involucraban estas “salidas” y las internaciones? La activación de áreas institucionales de niñez, de juzgados, de organismos de derechos humanos, angustias y miedos de las madres, por la incertidumbre del diagnóstico probable que encontrarán en la derivación. Si bien para los médicos la clínica es soberana, los métodos complementarios ofrecían más seguridad a las madres en cuanto al diagnóstico y evolución, evitando temores de que sus hijos/as tuviesen una enfermedad grave. Estas situaciones disminuyeron en años posteriores no sólo por la disminución en el número de niños sino también por mejoras en los controles de salud en el penal y en el manejo de las patologías por parte de las madres.

La atención a la salud infantil y los cuidados desde la perspectiva de las madres.

Previamente hemos visto de qué manera la salud/enfermedad/atención, su identificación y su abordaje están atravesados por una multiplicidad de factores y de actores que construyen expectativas sobre los comportamientos de las madres con relación a la salud de sus hijos/as e inciden en las formas que asume el cuidado infantil. De aquí se desprende la dificultad de disociar la atención a la salud infantil de las prácticas, significados y representaciones implicadas en los cuidados que las madres dispensan a sus hijos/as.

Es este aspecto el que presentaremos a continuación, basado en la indagación de las características que, de acuerdo a la percepción de las madres, asume el acceso a la salud y los sentidos que le confieren a las tramas de asistencia en torno a la atención y cuidado infantil.

Percepción de las mujeres sobre la atención a la salud infantil

Expondremos a continuación la apreciación de las madres sobre el acceso y la calidad de la atención a la salud de sus/as niños/as, tanto dentro como fuera del penal.

Nos interesa dar cuenta de la *accesibilidad* al servicio de salud por parte de las mujeres y sus hijos/as, recuperando la perspectiva propuesta por Comes et al. (11) que pone énfasis en el aspecto relacional involucrado en el encuentro entre los usuarios, los agentes y los dispositivos institucionales.

Apuntaremos a recuperar las representaciones que tienen las madres alrededor del proceso de atención a la salud-enfermedad de sus hijos/as, considerando el vínculo que establecen con los profesionales del servicio de sanidad (incluyendo a quienes integran el Centro de Prevención de Adicciones), del Consejo Asistido, y con el personal de seguridad que constituye una suerte de ‘portero’ para el acceso al servicio en salud.

Lo primero que pudimos constatar fue un fuerte sentido de exigibilidad del derecho a la salud y de otros servicios sociales, fundamentalmente de la salud de los/as niños y niñas frente a los distintos interlocutores institucionales presentes en el penal.

Esto se encontraba favorecido por la influencia de actores institucionales externos al penal que monitoreaban los derechos de niños, niñas y adolescentes y por la menor distancia con el servicio de salud respecto de su situación previa en la ‘calle’. De hecho, muchas mujeres, con motivo de las visitas de sus hijos/as, los hacían atender en el servicio del penal. Las referencias no aludían solo a las mayores

⁵ Su consecución fue una ardua tarea de gestión a cargo del servicio de sanidad que se llevó a cabo gracias a la intermediación del Hospital Sbarra (ex Casa Cuna) en donde los niños eran atendidos en el Servicio de Rehabilitación.

facilidades relativas respecto a la atención en los centros de salud extramuros, sino también al significado y valor de acompañar a sus hijos/as en la consulta.

Asimismo, y con relación a sus hijos/as convivientes, a partir del reconocimiento generalizado de factores que vulneraban la integridad y el desarrollo de los niños/as, las madres elevaban escritos judiciales, organizaban medidas de fuerza como huelgas de hambre o huelga de brazos caídos, ‘ruidazos’ o ‘chaponeos’ para exigir mejoras en atención de la salud. *“Se tiene que hacer cargo el servicio de brindarnos los medicamentos, el Estado paga por cada una de nosotras que está acá detenida”*. De tal modo, el penal, era el interlocutor directo del Estado frente al que reclamar por la atención a la salud, haciéndolo responsable de las circunstancias que la ponían en riesgo.

Ello se hizo evidente en el trabajo de campo realizado en 2017, coincidente con un punto de inflexión a partir de nuevas disposiciones por parte de la Dirección de Salud Penitenciaria que supusieron procesos de sumarios, traslados y despidos en la planta de agentes sanitarios en las unidades penales, y afectaron de manera directa la organización del servicio de sanidad en la Unidad 33 y su planta de personal. Según un informe especial de la Comisión Provincial por la Memoria del año 2017 (12), en la Unidad 33 fue trasladado en una primera instancia la mitad del personal de salud (31 personas), aunque más tarde la medida se revirtió quedando solo dos agentes por volver a la unidad, y atravesaron procesos de sumario el 80% del personal. Esto se conjugó con la licencia por motivos de carpeta médica de uno de los pediatras, y la reciente renuncia a principios de ese año de otro pediatra que venía formando parte del equipo de trabajo desde el año 2007.

Estas circunstancias incidieron en la atención de salud en los pabellones, en la gestión de los/as pediatras para articular con hospitales, en planificar la vacunación y en el stock de determinados medicamentos e insumos que no eran habitualmente provistos por el servicio de sanidad pero que estaban asegurados por gestiones realizadas por los/as pediatras en otros ámbitos de salud.

Dichos cambios fueron percibidos como un fuerte contraste por parte de las mujeres entrevistadas, quienes identificaban un ‘antes’ y un ‘después’ en la atención pediátrica.

Ello se expresó en exigencias o demandas dirigidas a re-establecer aquello que ya no funcionaba de la misma manera: *“Antes había un pediatra que venía al pabellón, ahora hay que salir a sanidad y estar renegando para que te atiendan”*; *“Importaría mucho que haya un pediatra en el pabellón”*.

La comparación entre ambos escenarios fue recurrente en los testimonios de las mujeres y permitió visibilizar las barreras de acceso y el importante valor que asumía la construcción de un vínculo de cercanía y confianza con el personal de salud en el cuidado de sus hijos/as: La reconfiguración de la atención basada en un modelo de atención por demanda espontánea, que requería el desplazamiento al servicio de sanidad, mediado por múltiples postas de control y de personal de seguridad disponible y dispuesto, las largas esperas que ello implicaba, y problemas de coordinación horaria con la atención del servicio de sanidad, generaron cuestionamientos, sentimientos de inseguridad y desprotección, abonando dudas sobre la capacidad de la institución para responder con celeridad a eventuales accidentes o emergencias en situaciones que pudieran involucrar la salud de sus hijos. *“Viste cómo es, podés estar acá con el nene reventado de sangre y te hacen esperar”*.

Además, denunciaban la falta de medicamentos para las afecciones de los niños, las restricciones para poder ingresarlos a través de familiares y la tendencia de los médicos a prescribir ibuprofeno para las enfermedades, sin diferenciar cuadros clínicos. *“Acá te dan ibuprofeno para todo; la pastillita mágica”*. *“Te dan ibuprofeno y te mandan a guardar.”*

Las mujeres entendían que, en determinadas circunstancias, el personal de seguridad, en su mediación como primera ‘llave de acceso’ al servicio de sanidad, desestimaba problemas que no fueran cuadros agudos: *“Me preguntaron por qué iba a volver a salir con el nene si era nada más que un catarro”*.

Una madre cuya hija tenía problemas de desarrollo psico-motriz y debía medicarse para evitar convulsiones, atribuía el empeoramiento de la situación a la demora en el diagnóstico y en la atención. Al respecto, una de las compañeras de pabellón manifestaba: *“está en el carrito, tiene problemas motrices. Ya tiene un año y dos o tres meses y no camina. No puede caminar. Acá es todo una macana. A Stéfano (su hijo) también le tardaron mucho tiempo para el turno al neumólogo, pero su enfermedad no es de desarrollo. A esta nena no pueden hacerla esperar mucho para conocer lo que le pasa porque puede ser más grave”*.

En el mismo sentido, se mostraban preocupadas frente a ciertas prácticas institucionales como el uso del detector de metal que se pasaba en las requisas sobre el cuerpo de las mujeres, del que se creía que producía enfermedades por radiación de rayos. *“Cuando salga un nene con algún problema después van a decir que no, era un problema hereditario. Yo el único menos uno que tengo de conducta fue porque me quisieron pasar eso por la panza y yo me negué”*.

La demora, como componente estructural de las relaciones sociales carcelarias, incluyendo las relacionadas a la atención de salud, comportaba en algunos casos sentidos de humillación y sumisión para las mujeres como parte de los resortes del poder institucional. Frente a ello, referían sentirse obligadas a la presentación de escritos de denuncia o a “levantar la voz”, exponiéndose a sanciones. Por contraste, señalaban la eficiencia para responder a situaciones de urgencia: *“Tiene que tener la cabeza abierta (el hijo) para que nos saquen cuando les pedimos”*.

El temor de que “no les pase nada” a sus hijos e hijas y el sentimiento de quedar ‘libradas al azar’ por contar con un pediatra hasta la una o dos de la tarde, era una apreciación compartida. *“Los pediatras y obstetras que quedaron en la unidad atienden cuando quieren, cuando están comiendo no te dan paso a sanidad”*.

Si bien en el penal existe servicio médico permanente, las madres evaluaban negativamente la ausencia de guardia pediátrica las veinticuatro horas y el acotamiento en el horario de atención pediátrica, señalando la importancia de la atención por parte de especialistas: *“No hay pediatras, no hay obstetras, una verdadera vergüenza.”*

En un escrito colectivo presentado por las madres a la Mesa Restaurativa se expresaba lo siguiente: *“Los pediatras no se encuentran las 24 hs. del día, cuando un niño se enferma gravemente lo atiende “un médico” clínico, obstetra o un psiquiatra que no tiene conocimiento es esta especialidad tan delicada como es la salud de nuestros hijos”*.

Asimismo, la percepción de incertidumbre frente a los diagnósticos y tratamientos de enfermedades de sus hijos/as estaba relacionada con las dificultades de acceso a la información de los estudios médicos y de la historia clínica.

Desde la mirada institucional, prevalecía la desconfianza alrededor de las intenciones manifiestas de las madres, duda o sospecha sobre la instrumentalidad en el acceso al servicio de sanidad para “salir del pabellón”, obtener beneficios, porque ‘no tienen otra cosa para hacer y están aburridas’. Sobrevolando la convicción de que las mujeres exageraban problemas de salud de los niños/as o inventaban síntomas, se reforzaba la sospecha moral y los sentidos de discriminación social por parte de los agentes penitenciarios, como han podido reconstruir Graziano et al. (13) en sus estudios sobre los significados que asume la maternidad en contexto de encierro.

Desde la mirada de las madres, prevalecía la desconfianza sobre el sentido profesional y ético de la atención de salud, percibiendo una atención superficial, con respuestas uniformes a problemas disímiles cuyo objetivo era el de “hacer figurar números de atención”.

En este interjuego, se retroalimentaban alteridades sociales, donde las mujeres remarcaban ser discriminadas por ser ‘pobres’, por ser ‘presas’, sentirse ‘tiradas’ -ellas y sus hijos- por haber cometido errores; no ser reconocidas como personas y que eso se proyectaba a sus hijos/as.

También la accesibilidad se complejizó con las consultas extramuros, dependiente de distintas gestiones burocráticas, como ya se mencionó. Las mujeres acusaban largas demoras, en ocasiones de meses, para lograr la atención en los hospitales, señalando reiteradas pérdidas de turnos por fallas en la coordinación interna para habilitar el permiso de salida, o ausencia de transporte en el momento requerido.

Asimismo, cuando éstas se concretaban, involucraban extenuantes viajes en ‘camión de ‘comparendo’⁶, utilizados para resolver diversas gestiones, que eran percibidos como riesgosos para la salud de las mujeres y sus hijos/as. Las situaciones manifestadas en las entrevistas incluían largas jornadas en el transporte, en condiciones de hacinamiento, destratos del personal, condiciones

⁶ Un comparendo es el nombre jurídico que asume el encuentro presencial de la persona imputada o que se encuentra cursando una condena con algún agente judicial implicado en el proceso de instrucción penal o ejecución de la condena.

climáticas adversas, unidades mal equipadas para atender necesidades sanitarias, de alimentación y abrigo en el itinerario, etc., que percibían como exposiciones a enfermarse.

“En el camión de comparendo te llevan como animales, te tratan como si fueras basura”.

“Le pedí al rati si no podía dejar de fumar adentro que me estaba ahogando y le dijo a la otra bicha ‘estas presas de mierda, me tienen podrido’”.

Con motivo de haberse resfriado en un traslado al comparendo, una madre planteó que *“la gorda está durmiendo, ella también está resfriada”*, comentando las razones. Habían estado expuestas a todo un día de viaje, sin beber ni comer alimentos. A la mañana, cuando salieron de la Unidad, había temperaturas bajas y los penitenciarios a cargo del traslado abrieron las ventanas para fumar, exponiéndolas al viento fresco sin posibilidades de abrigarse. Cuando llegaron al juzgado, las llevaron a una habitación con aire acondicionado, donde la mujer relató haber sentido mucho frío. *“Yo temblaba, la gorda estaba con el cuerpito frío”*. En la semana, cuando llevó a la pequeña al pediatra de la unidad, la “retaron” diciéndole que no podría volver a salir de comparendo con la niña. (Extracto de Notas de campo; 2017)

Debido al balance negativo en torno a lo que implicaba la atención extramuros, quienes tenían la posibilidad, aprovechaban las salidas de sus hijos/as a la casa de familiares para que pudieran ser atendidos fuera del penal.

A la vez, la atención de las embarazadas con motivo del parto era experimentada como una situación de suma violencia: *“Cuando salimos al hospital que tenemos familia te tienen esposada a una cama, aparte de la custodia; “Al momento de dar a luz presencian el parto. Las encargadas invaden la privacidad de uno.”*

En todos los relatos recogidos a partir de 2017, ubicados en un contexto que constituye un punto de inflexión en la política institucional, emergen con claridad los contrastes con las observaciones e información relevada previamente. La experiencia reciente de las mujeres en su vínculo con el servicio de sanidad que funcionó hasta ese entonces, ponía en valor la cercanía, el diálogo, la escucha y los consejos de los profesionales durante la atención, la confianza en sus capacidades para ejercer la maternidad y la crianza. Estos aspectos, fundamentales en la relación médico-paciente, sumados a limitaciones del servicio (de profesionales, de horarios de atención, de medicamentos u otros recursos necesarios para la atención), permiten comprender la exacerbación de estereotipos, las explicaciones basadas en las fallas del otro/a y de respuestas defensivas: *“el problema no es la falta de insumos”; “el inconveniente es la reticencia de algunas madres para salir del pabellón y acercarse en el día y horario del turno”; “los días de vacunación algunas están durmiendo”; “hacen figurar números de atención”; “atienden cuando quieren”, etc..*

Finalmente, es importante destacar que el Consejo Asistido aparecía en las referencias de las madres como un espacio en el que se sentían acompañadas en el proceso de crianza, favoreciendo aprendizajes de cómo ser madres en la cárcel, asesorando y resolviendo consultas sobre lactancia, desarrollo y alimentación. A este espacio concurrían para fortalecer saberes en torno a estas cuestiones y también para ser acompañadas en procesos de rehabilitación de consumo de sustancias problemáticas, o para consultar y trabajar en torno de la regulación de emociones.

No obstante, la figura del pediatra comportaba un valor insustituible en sus funciones de prevención, atención y cura de enfermedades.

Los cuidados a la salud infantil en el contexto de las relaciones sociales carcelarias

El cuidado de la salud infantil en un penal adquiere un peso significativo por las evidentes condiciones de vulneración de los derechos que implica el contexto de encierro para el bienestar infantil.

Por un lado, se observa cómo el ser madres con hijos/as convivientes reordena las relaciones sociales, entre las internas y entre ellas y el personal penitenciario. La cercanía y mayor intensidad de los contactos, propias de una comunidad residencial pequeña y cerrada, contribuía a generar una dinámica cotidiana que intensificaba el efecto de las evaluaciones recíprocas en torno a las aptitudes del cuidado (14, 15).

Por otro, la cárcel es un espacio intenso en la trama de intervenciones asistenciales en torno a la niñez por parte de distintas agencias del Estado. Esas intervenciones asumían gran sistematicidad por medio

de programas y servicios sociales con inserción en el penal en virtud de gestiones realizadas por la Mesa Restaurativa (organismos de niñez, Ministerio de Salud, ANSES, Defensoría del Pueblo, Patronato de Liberados, etc.).

Podemos reconocer las paradojas que plantea Ojeda (16) referidas a la cárcel como escenario donde las mujeres detenidas tienen sus primeros acercamientos a programas o servicios sociales o mayor regularidad en el acceso a los mismos, en las intervenciones vinculadas a la infancia: *“Por lo menos, acá adentro tengo pañales y sé que mi hijo no se va a cagar de hambre, tengo adonde ir a reclamar. Afuera en la calle no tengo a nadie, te digo que no sé si prefiero quedarme acá”*.

A la vez, en la convivencia obligada de las mujeres con el personal de seguridad se observa la disolución de las fronteras con la vida “privada”, involucrando la vigilancia moral sobre las formas de ser madres y practicar la crianza. Un pediatra entrevistado definió el fenómeno de intensificación de la observancia moral por parte de agentes penitenciarios/as como la experiencia de ‘mirar por el ojo de la cerradura’ los escenarios de vida cotidiana que estarían vedados en los ámbitos hogareños. En los discursos e interacciones del personal de seguridad se destacaban observaciones moralizadoras en torno a pautas de crianza consideradas inadecuadas: la hora en que se levantaban las mujeres, cercana al mediodía; la tendencia a la auto-reclusión en los pabellones con los hijos, la reticencia a enviar a sus hijos/as a la guardería o jardín son algunos de los indicadores de esa valoración. También aparecían referencias a las formas de reto e imposición de límites mediante el elevado tono de voz, consideradas como maltrato, y a las manifestaciones de los conflictos entre mujeres que afectarían a los niños/as. Asimismo, problemáticas tales como el consumo de sustancias psico-adictivas, la depresión y otros padecimientos mentales producidos por el encierro, eran resignificados como disvalores o como factores de ‘riesgo’ para la salud y el bienestar de los niños/as, activando en ocasiones, intervenciones para la externación del niño/a a cargo de otro familiar.

Los discursos discriminatorios eran bien conocidos por las madres, quienes explicitaban la diferenciación que establecía el personal de seguridad entre los hijos/as de las ‘presas’ y sus propios hijos. *“Como si ellas (por las encargadas de seguridad en los pabellones) no le dieran un zamarreo a sus hijos,(...) acá piensan que sos un monstruo solo por ser presa, y no es así.”*

Para algunas mujeres la situación de confinamiento era percibida como la oportunidad para dedicarse full time a la crianza y ‘aprovechar’ un tiempo del que no disponían antes de la prisión.

Otras, debían lidiar consigo mismas para evitar transmitir preocupaciones, ansiedades y tristeza a los hijos: *“Se da cuenta como estoy, se pone loca”*. Las referencias al autocontrol o represión de estados de ánimo que pudieran afectar la tranquilidad de los niños era recurrente.

En ambos casos, la referencia al contexto hostil, poco propicio para la crianza, reforzaba las relaciones de apego madre-hijo, fortaleciendo vínculos intensos de mutua dependencia y limitando la expansión de autonomía. Muchas mujeres preferían mantener a sus hijos/as en brazos la mayor parte del tiempo y compartir la cama para protegerlos del frío, de insectos, arañas y en ocasiones de roedores.

Algunas señalaban cómo la función securitaria prevalecía en la asignación de recursos, indicador elocuente de las prioridades institucionales: *“Te ponen cámaras así como si nada y para ponerte un aislante para que no se filtre frío por las celdas hay que esperar toda la vida. Yo estoy toda contracturada porque dormí cagándome de frío porque yo no voy a hacer que mi hija duerma mal.”*

El cuidado de la salud y la prevención de descuidos y accidentes tenía centralidad en el cotidiano de la vida en prisión. De aquí la relevancia de la limpieza de las celdas y de los pabellones como actividad permanente asociada a la prevención y el cuidado a la salud infantil. La impugnación al estigma social reaparece con relación a la higiene *“Somos pobres, pero todo siempre bien limpio”*.

Otro aspecto mencionado como frente de batalla estaba vinculado a la pérdida de autonomía en decisiones fundamentales para el cuidado de los hijos como lo es la alimentación. En efecto, el tipo de comidas, su elaboración, su variación, eran cuestiones planteadas como demanda. En una de las reuniones de la Mesa Restaurativa en que participaron representantes de uno de los pabellones de madres, se planteó que la comida estaba en mal estado, era poco variada y muy escasa en verduras y frutas. En ocasiones, las madres decidían no darles determinadas comidas ofrecidas por la institución por temor a que provocaran descomposturas. Por otra parte, alimentos que sabemos resultan gratificantes a los niños/as y que para las madres podían revestir placentero para los mismos y para

ellas (más allá de su escaso valor nutricional), estaban vedados: *“Golosinas, dulces, alfajores, no dejan pasar, la mayor parte de las veces. Eso a mi manera de ver está mal, porque estamos con nenes acá.”* Frente a la escasez de recursos y problemas comunes, se generaban sentidos de solidaridad y estrategias cotidianas encaminadas a la solución colectiva, a partir del reparto de los escasos recursos de limpieza, alimentos y medicamentos provistos por familiares.

La cárcel era pues, un ámbito que las mujeres consideraban insalubre y peligroso, atravesado por relaciones sociales violentas y hostiles, no aptas para el desarrollo de sus hijos/as. El encierro constituía una experiencia que producía sufrimiento, padecimiento mental y malestar en los niños/as, e imposibilitaba su ‘desarrollo normal’ a consecuencia de la desvinculación familiar, el estrés por los estímulos violentos, las interrupciones abruptas del descanso con ocasión de las requisas, entre otras cuestiones.

La vigilancia permanente de los espacios de vida en la prisión, junto a los recuentos y requisas como prácticas sistemáticas de control institucional, producían una experiencia de vulnerabilidad marcada por sentimientos de humillación y tratos discriminatorios.

Para las madres, el encierro deja *marcas, huellas* en la subjetividad y en la salud mental de los niños/as. En esa dirección, procuraban evitar que los niños/as naturalizaran ese espacio como aquel en el que debería desenvolverse la vida. De esta forma, algunas madres buscaban externar a sus hijos/as antes de los tres años, edad en la que según perciben, los niños/as empezaban a manifestar los efectos de socializarse en la prisión: interactúan con el personal de seguridad, golpean las rejas imitando a los adultos, reproducen ‘lenguaje tumbero’, internalizan pautas de conducta propias de las relaciones carcelarias, formulan preguntas respecto de su situación y de sus familiares, etc..

La preocupación por los efectos del encierro en pautas de socialización que no son ‘normales’ en los niños, el riesgo de que forjaran allí personalidades diferentes a las que se desenvuelven en el afuera, los temores sobre las futuras dificultades en la integración de los niños/as a la familia, a su interacción con hermanos/as, estaban en la base de la decisión de enviar a sus hijos/as al jardín. No obstante esta ampliación del espacio de socialización, señalaban que *“(...) él no conoce más que la hora de la siesta, la tele, y el jardín, así... todos los días, no hay otra cosa para hacer”*.

La escasa oferta institucional de actividades para estímulo y desarrollo de niños/as, de juegos, de espacios de recreación, de recursos (andadores, coches, sillas para comer) que resguarden la seguridad de los niños/as, faciliten la circulación por diversos espacios y la autonomía (también de las madres) fueron señalados como problemas sobre los cuales habían formulado reiteradamente demandas concretas en pro del bienestar infantil.

Conclusiones

Partiendo del período coetáneo a la aprobación de la Ley de Promoción y Protección Integral de los derechos de NNyA, la contradicción entre diferentes visiones y funciones -securitarias y sanitarias- coexistentes en el penal, afectaban de manera significativa la posibilidad de cambios para mejorar los cuidados y la atención materno-infantil.

Los problemas de salud materno-infantil, excedían en mucho las posibilidades de ser abordados por la asistencia médica y poco se sabía sobre los niños y niñas, apéndices de sus madres. De allí que la inmediata apropiación de esa herramienta por parte del servicio de pediatría, en su interlocución con la justicia, fue una estrategia clave para la organización y ampliación de espacios dirigidos a la promoción de derechos de niños y niñas con efectos en la disminución en el número de alojados y en el empoderamiento de las madres.

Dicho servicio, generó de manera sistemática información sociosanitaria de la población infantil y articuló a los distintos actores enunciados en la ley como responsables de velar los derechos de los niños y niñas. Con ese marco puso en funcionamiento un modelo de abordaje de la salud integral, multisectorial e interdisciplinario, basado en la co-responsabilidad.

En esa línea, cabe destacar la conformación de la Mesa Restaurativa, el trabajo con las madres sobre puericultura, la integración del Consejo Asistido, la inclusión de otros especialistas del campo de la salud, la atención en los pabellones, la realización de los controles de salud ajustados a las normativas, la atención de niños y niñas con patologías congénitas y/o enfermedades crónicas, gestiones para

afianzar y agilizar la derivación a hospitales, el mejoramiento de la comida y de la calidad del agua, la higiene del medio en general, la creación de áreas específicas para el cambio de pañales, la disposición de baños para niños y niñas, etc..

Cabe decir que la experiencia de trabajo con las madres sobre promoción de la salud infantil, favoreció el desarrollo de prácticas de prevención, la ampliación de la cobertura de vacunación, el reconocimiento de enfermedades, la disminución de la demanda, una mayor confianza entre las madres y los profesionales de salud, menores niveles de conflictividad al interior de los pabellones, y entre las mujeres y el personal de seguridad.

Ese proceso de ampliación de derechos no fue progresivo, identificándose períodos de retroceso no obstante lo cual, el mismo fue sustantivo para instalar en las mujeres un piso de exigibilidad de derechos, particularmente los vinculados al acceso a la salud y a la atención médica.

En esos períodos, recrudecía la observancia moral densa sobre las mujeres, activándose el sistema de clasificaciones penales y sentidos sociales sobre la desviación que recaen en ellas con peso y por partida doble: como mujeres, por haber delinquido, y como madres, por no haber cumplido con las expectativas sociales en torno a lo que se construye como disposiciones “naturales” en torno al amor maternal y el cuidado. Y en tales escenarios, el bienestar infantil era exaltado como valor dependiente de la institución.

Desde la perspectiva de las mujeres entrevistadas, la salud y los cuidados de sus hijos/as constituían un problema público, entendiendo que la privación de libertad era una circunstancia que hacía responsable al Estado del resguardo por la integridad de sus hijos/as y de ellas en tanto madres.

Las experiencias de maternidad en este contexto de encierro, atravesadas por avances en el acceso a la salud de sus hijos/as y en la interlocución con distintos actores involucrados en el monitoreo, promoción y protección de derechos, abrió la posibilidad para configurar maternidades colectivas y politizar el cuidado, a partir del cual las mujeres se organizaban para demandar derechos y mostraban, con resultados aún limitados, su capacidad de incidencia. Lo que interesa resaltar es que el conjunto de aspectos expuestos, confluyeron en ubicar al cuidado infantil como un derecho, el que se expresaba colectivamente y reclamaba intervenciones no siempre centradas en el servicio de sanidad.

Al mismo tiempo, salud y bienestar infantil no pueden ser pensados, tal como lo manifestaban de múltiples formas las madres entrevistadas, independientemente de los derechos de las mujeres, ni por fuera de la recomposición de los lazos familiares y socio-comunitarios. Las mujeres entrevistadas transitaban la crianza con la preocupación constante de evitar la adaptación de sus hijos/as: *“Los niños no deben adaptarse al sistema carcelario”*.

Y en estas preocupaciones, los indicadores se desplazan de las enfermedades pero competen plenamente a la salud. Los mismos, identificados claramente a partir de los dos años, están vinculados a aspectos emocionales, comportamentales, temperamentales, del lenguaje, entre los más destacados, sobre los cuales las intervenciones más integrales han tenido escasa incidencia.

Bibliografía

1. Good MJ, Good B. Disabling Practitioners: Hazards of Learning to be a doctor in American Medical Education. American Journal Orthopsychiatry. 1989; vol 59 (2): 302-309.
2. Di Iorio S, Ortale MS, Querejeta M, Quinteros F, Sanjurjo A. Crecimiento y desarrollo de niños y niñas que viven en entornos carcelarios de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2019; vol 21 (3): 126 - 133.
3. Lejarraga H, Berardi C, Ortale MS, Contreras M, Sanjurjo A, Martínez Cáceres M.J., Masarik V, Rodriguez L, Grispan J. Growth, development, emotional-social interaction and rearing practices, in children living in prison with their mothers. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2009; vol 11 (3): 99.

4. Lejarraga H, Berardi C, Ortale MS, Sanjurjo A. Crecimiento, desarrollo, integración social y prácticas de crianza en niños que viven con sus madres en prisión. Arch. argent. pediatr. 2011; vol 109 (6): 485 - 491.
5. Rodríguez MN. Mujer y cárcel en América Latina ILANUD. En: Fundación para el Debido Proceso Legal. Violencia Contra las Mujeres Privadas de Libertad en América Latina. México. Ediciones Corunda; 2004. p. 57-74
6. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires. Paidós; 1972
7. Foucault M. Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión. 2da. ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2013
8. Rúa M. Construcciones socioespaciales en el encierro: la cárcel de Bellavista. Cuad. Geogr. Rev. Colomb. Geogr. 2016; vol 25 (1): 171-194
9. Ortale MS; Aimetta C, Cardozo, M, Weingast D. Experiencias de maternidad en la unidad penitenciaria Nº 33 de La Plata, Argentina. Anthropologica. 2019; vol 37 (43):153-174.
10. Ortale MS, Aimetta C, Cardozo M, Santos J, Weingast D. Niños y niñas en prisión, crianza y derechos humanos. Estudio en un penal de mujeres de la Provincia de Buenos Aires (Argentina). ARIES Anuario de Antropología Iberoamericana. 2019.
11. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, Sotelo R, Stolkiner A. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones. 2007; vol 14: 201-209.
12. Comisión Provincial por la Memoria. La salud en las cárceles bonaerenses. CPM Ediciones. 2017
13. Villalta C, Ciordia C, Gesteira S, Fernández Tuñón C, Graziano F. Confrontando sentidos sobre la maternidad 'no ideal': mujeres y madres presas en las cárceles de la provincia de Buenos Aires. En: VII Jornadas Santiago Wallace de investigación en Antropología Social. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. Acta Académica. 2013
14. Pereson C. Prisión, mujeres y maternidad. Procesos de intercambio y negociación entre guardias e internas. D y S. 2012; vol. 2 (34): 125-135.
15. Tabbush C, Gentile M F. Madres transgresoras y bebés tumberos. La regulación de la maternidad y la crianza tras las rejas. En: Tarducci M (comp). Feminismo, lesbianismo y maternidad en Argentina. Buenos Aires. Librería de Mujeres Editoras; 2014. p 157-172
16. Ojeda N S. Implicancias del otorgamiento de servicios y derechos sociales básicos en un establecimiento carcelario para mujeres en Argentina. Una mirada etnográfica. Foro. 2006 ; vol 19 (1): 315-334.